

SMITTEVERNPLAN



2013

FORORD

Smittevernlova av 1995 pålegg alle kommunar å ha ein **smittevernplan**. Lova seier at smittevernlegen i kommunen skal leie arbeidet med smittevernplanen.

Statens Helsetilsyn (SHT) har utarbeidd mal for innhaldet i smittevernplanen. Folkehelseinstituttet i Oslo har landsfunksjon for sentral koordinering og rådgjeving innanfor smittevernarbeidet.

Fylkeslegen i Hordaland er ein lokalavdeling av SHT. Fylkeslegen er no organisatorisk ei underavdeling av Fylkesmannen i Hordaland. SHT/Fylkeslegen er rådgjevingsorgan og tilsyns-/kontrollorgan for helsetenesta i kommunane inklusive smittevernarbeid.

Planen tar utgangspunkt i rådgjeving/mal frå Statens Helsestilsyn. Dette er ein revisjon av Smittevernplan for Osterøy kommune frå 2007. I utarbeidinga er smittevernplanar for kringliggande kommunar i Hordaland mykje brukt.

Smittevernplanen omfattar også program for **tuberkulosekontroll** som kommunane er pålagt frå 1.1.2003. I planen er også utarbeidd eit forslag til smittevern i **beredskapssituasjonar**, inklusive vurdering av **pandemirisiko** (kfr. SARS-problematikken våren 2003).

Smittevernplanen er ikkje utfyllande detaljert om praktisk arbeid med infeksjonar, men skal gje ei nedteikning av sentralt lovverk, forskrifter, og gje retningsliner for kommunale prosedyrar i smittevernarbeidet.

April 2013

Marie Andersland,

Vikarierende kommuneoverlege og smittevernlege Osterøy.

Mellombels smittevernplan	Vedteken i heradstyret	31.1.2001
Nytt kapittel tuberkulosekontrollprogram	Administrativ handsaming	20.4.2004
Smittevernplan 20.02.05.	Formannskapet	2.3.2005
	Heradstyret	16.3.2005
Smittevernplan oppdatert	Dr. Thomas Bøe	19.11.2007
Smittevernplan revisjon	Vedteken i heradstyret	24.4.2013

Innhald

<u>1 INNLEIING – FORANKRING AV PLANEN.....</u>	1
1.1 FORMÅL MED PLANEN.....	1
1.2 FORMEL GRUNNLAG OG FAGLEGE REFERANSAR.....	1
1.3 KOMMUNEN SINE OPPGÅVER (PLIKTAR OG ANSVAR) I SMITTEVERNET; SML §6 OG §7	2
1.4 SMITTEVERNLEGE OG DENNE SITT ANSVAR; §7-2	2
1.5 SAMANHENG MED ANNA KOMMUNALT PLANVERK	2
1.6 KOMMUNE OG HELSETENESTA SI ORGANISERING	3
1.7 ØKONOMISKE RAMMER.....	3
1.8 ANSVAR FOR OPPDATERING, REVISJON ETC	3
1.8.1 Kommuneoverlegen sine oppgåver	3
1.8.2 Rådmannen sine fullmakter	3
1.8.3 Kommunestyret si godkjenning av endringar	4
1.9 PLANEN SIN TILGJENGE OG RUTINAR FOR DISTRIBUTUSJON	4
1.10 GYLDIGHEIT AV SMITTEVERNPLANEN	4
1.11 KOMMUNESTØRRELSE/ DEMOGRAFI.....	4
<u>2 LOKALE TILHØVE</u>	5
2.1 RISIKOVURDERING UT FRÅ DAGENS SITUASJON I KOMMUNEN	5
2.2 RISKIKOVURDERING – FRAMTIDIGE UTFORDRINGAR I KOMMUNEN	5
2.2.1 Befolkninga	5
2.2.2 (16) Infeksjonsepidemiologi – status og utfordringar.....	6
2.2.3 (18) Næringsmiddel, avfall, handtering av avløp og skadedyrkontroll ..	6
2.2.4 Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet	7
2.3 KOMMUNALE RESSURSAR, INTERKOMMUNALE OG ANDRE SAMARBEIDSINSTANSAR	7
2.3.1 Kommunehelseteneste - ressursar	7
2.3.2 Helsestasjon for ungdom	7
2.3.3 Interkommunale / statlege etatar som vert omfatta av smittevernarbeidet	7
<u>3 SMITTEVERN I NORMALSITUASJONAR</u>	9
3.1 HELSEOPPLYSNING	9

3.2 3.2 MELDINGSPLIKT / VARSLINGSPLIKT. SML §2-3	9
3.2.1 Leger si plikt.....	9
3.2.2 Sjukepleiar/jordmor si plikt.....	9
3.2.3 Varsling i andre situasjonar.....	10
3.3 VAKSINASJONAR	10
3.3.1 Vaksinasjonsprogram.....	10
3.3.2 Reisevaksinar.....	10
3.3.3 Vaksinerer for hepatitt B til særleg utsette grupper.....	11
3.3.4 Vaksinasjon ved sårskadar.....	11
3.4 HIV/AIDS FØREBYGGJANDE ARBEID	11
3.5 SEKSUELT OVERFØRBARE Sjukdomar – SOS	12
3.6 MOTTAK AV FLYKTNINGAR	12
3.7 SMITTEVERN VERSUS MILJØRETTA HELSEVERN	12
<u>4 FASTE VAKSINASJONSPROGRAM</u>	<u>14</u>
4.1 BARNEVAKSINASJONSPROGRAM	14
4.1.1 Formål.....	14
4.1.2 Bruksområde.....	14
4.1.3 Ansvar.....	14
4.1.4 Definisjonar.....	14
4.1.5 Dokumentasjon.....	15
4.1.6 Komplikasjonar og lette biverknader.....	15
4.1.7 Vaksinasjonsdekning i Osterøy kommune.....	15
4.2 VAKSINASJONSPROGRAMMET	15
4.2.1 Barnevaksinasjonsprogram 2010.....	15
4.2.2 Endringar i vaksinasjonsprogrammet.....	16
4.2.3 Vaksinasjon i grunnskulen.....	17
<u>5 SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONAR</u>	<u>18</u>
5.1 SMITTEVERNLEGEN SI OPPGÅVE VED MELDING OM ALLMENN FARLEG SMITTSAM Sjukdom.	18
5.1.1 Kartlegging og vurdering.....	18
5.1.2 Tiltak og varsling.....	18
5.2 SMITTEVERNLEGEN SITT TILGJENGE – VAKTORDNING	18
5.3 DEPARTEMENTET SINE RETTAR(SML §3-8)	19

5.4 MØTEFORBOD, STENING AV VERKSEMD, AVGRENSING I KOMMUNIKASJON, ISOLERING OG SMITTESANERING (SML §4-1) - HASTEVEDTAK	19
5.5 FORBOD MOT Å UTFØRE ARBEID M.M. (SML §4-2).....	20
5.6 OBDUKSJON OG GRAVFERD (SML §4-5, 4-6).	20
5.7 PLIKT FOR HELSEPERSONELL TIL Å GJENOMGÅ OPPLÆRING, FØLGJE FAGLEGE RETNINGSLINER OG GJENNOMFØRE TILTAK (SML §4-9).	20
5.8 TVANGSTILTAK OVERFOR SMITTA PERSONAR (SML §5).....	20
5.9 BEREDSKAPSGRUPPE FOR SMITTEVERN I OSTERØY KOMMUNE	21
5.9.1 Beredskapsgruppe for smittevern i Osterøy kommune – samansetjing	21
5.9.2 Beredskapsgruppa – leiing/fullmakter	21
5.9.3 Når beredskapsgruppa skal møtast utan opphald	21
5.9.4 Beredskapsgruppa sine oppgåver	22
5.9.5 Beredskapsgruppa – evaluering og revisjon.....	22
<u>6 FØREBYGGJING AV SMITTE MED LEGIONELLA.....</u>	<u>23</u>
6.1 INNLEIING	23
6.2 SMITTEMÅTAR	23
6.3 SMITTEMISTANKE	23
6.4 PERSONBESKYTTELSE	23
6.5 REGELVERK.....	24
6.6 INTERNKONTROLL	24
6.7 KARTLEGGING AV RISIKOFORHOLD.....	24
6.8 FØREBYGGJANDE TILTAK.....	24
6.9 PRØVETAKING	24
6.10 TILTAK VED FUNN AV LEGIONELLA.....	25
6.11 BEHANDLING.....	25
<u>7 KOMMUNAL BEREDSKAP FOR PANDEMISK INFLUENSA</u>	<u>26</u>
7.1 INNLEIING	26
7.2 UTARBEIDING AV BEREDSKAPSPLAN VED MELDING OM PANDEMISK INFLUENSA	26
7.3 BEREDSKAPSGRUPPE FOR SMITTEVERN VED PANDEMISK INFLUENSA	26
7.3.1 Beredskapsgruppa skal:	26

7.4 BEREDSKAPSGRUPPA - SAMANSETTING.....	27
7.5 BEREDSKAPSGRUPPA – FULLMAKT TIL Å UTARBEIDE PLAN VED UTBRØT AV PANDEMI.	27
7.6 KVA KOMMUNEN SIN PLAN FOR PANDEMISK INFLUENSA BØR INNEHALDE.....	27
<u>8 PROGRAM FOR TUBERKULOSEKONTROLL.....</u>	<u>29</u>
8.1 INNLEIING - BAKGRUNN	29
8.2 HOVUDINNHALDET I NY FORSKRIFT OM TUBERKULOSEKONTROLL:	29
8.3 DEFINISJONAR	30
8.4 ANSVARFORHOLD.....	30
8.4.1 Generelt – kommunen sine oppgåver	30
8.4.2 Smittevernlegen sitt ansvar.....	30
8.4.3 Leiande helsesystemer sitt ansvar	31
8.4.4 Pleie- og omsorgstenesta sitt ansvar	31
8.4.5 Anna helsepersonell sitt ansvar – meldeplikt og behandlingsansvar....	32
8.5 RUTINAR FOR DIREKTE OBSERVERT BEHANDLING	32
8.6 ANSVARFORHOLD FOR PERSONAR MED FASTLEGAR UTANFOR HEIMKOMMUNEN	33
8.7 PLIKT TIL Å GJENNOMGÅ TUBERKULOSEUNDERSØKING (FRÅ FORSKRIFTA, §3-1)	33
8.8 IDENTIFIKASJON AV RISIKOINDIVID / RISIKOGRUPPER.....	34
8.9 DIAGNOSTIKK AV TUBERKULOSEKONTROLL	34
8.10 TILTAK VED TILFELLE AV TUBERKULOSE.....	35
8.11 SMITTEOPPSPORING.....	35
8.12 INFORMASJON	35
8.13 VAKSINASJON	35

1 INNLEIING – FORANKRING AV PLANEN

1.1 FORMÅL MED PLANEN

Smittevernplanen har til formål å vere eit hjelpemiddel og ein reiskap i arbeidet for vern mot smittsame sjukdomar i Osterøy kommune.

Smittevernplanen skal omtale generelle prinsipp for smittevern, både i normalsituasjonar og i beredskapssituasjonar. Planen skal oppfylle dei formelle krava som er sette til kommunen i vernet mot smittsame sjukdomar. Planen skal også kunne leggje føringar for kommunen si verksemd og prioritering der smittevern faglege omsyn vert tatt.

1.2 FORMEL GRUNNLAG OG FAGLEGE REFERANSAR

Alle kommunar er pålagt å ha ein smittevernplan. Smittevernlegen skal lede arbeidet med planen. Pålegget kjem fram av lov om vern mot smittsame sjukdomar (smittevernloven). Planen byggjer på krava i smittevernlova med forarbeid og forskrifter. Planen byggjer også på faglege tilrådingar som ikkje er nedteikna i lov eller forskrift.

I planen ligg også tiltak og tilrådingar frå kommunehelsetenesta i Osterøy. I den grad det er relevant å skilje mellom lov- / forskriftskrav og faglege tilrådingar har ein prøvd å gjere dette.

Dette er ein revisjon av tidlegare smittevernplan for kommunen, godkjent av heradstyret 16.3.2005.

Mest aktuelle referansar:

- **Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)** av 05.08.1994, nr. 55, jf Ot. prp. nr. 91 (1992-93), Ot. prp. nr. 28 (1993-94) og Innst. 0. nr. 37 (1993-94).
 - Lova trådde i kraft 1/1-1995.
- **Forskrift om tuberkulosekontroll (forskrift av 21. Juni 2002 nr. 567).**
 - Forskrifta trådde i kraft 1/1-2003. Forskrift av 20. oktober 1996 nr 1043 om tuberkulosekontroll er oppheva frå same tidspunkt.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- **Forskrift om allmennfarlige smittsomme sjukdommer.** Gitt av Sosial- og helsedepartementet 1.1.1995 med heimel i §1-3 i Smittevernloven.
 - I denne forskrifta er lista opp dei sjukdomar som etter Smittevernlova er å sjå som allmennfarlege smittsame sjukdomar.
- **Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten 2002-2003.**
 - Vert gitt ut av Folkehelseinstituttet annankvart år og gir faglege tilrådingar overfor helsepersonell om førebygging og kontroll av smittsame sjukdomar.

Med omgrepet ”allmennfarleg sjukdom” meiner ein her dei sjukdomar som er nemnde i ”Forskrift om allmennfarlige sykdommer”. Liste over desse sjukdomane finn ein under vedlegg.

Vidare i planen er smittevernloven forkorta til SML

1.3 KOMMUNEN SINE OPPGÅVER (PLIKTAR OG ANSVAR) I SMITTEVERNET; SML §6 OG §7

- Som utgangspunkt har alle rett til smittevernhjelp overfor ein kvar smittsam sjukdom.
 - Den einskilde vil frå kommunen si side ha rett til relevante tenester og tiltak frå allmennlegeteneste, helsesystemteneste, heimesjukepleie, og også frå andre etatar der det er relevant, mest aktuelt frå sosialtenesta. Rett til hjelp betyr ikkje at hjelpa alltid er gratis. Folketrygda dekkjer utgifter til undersøking og behandling ved allmennfarlege smittsame sjukdomar.
- Kommunen skal utføre dei oppgåvene innan smittevernet som SML gjev pålegg om;
 - skaffe oversikt over arten og omfanget av dei smittsame sjukdomane som ein finn i kommunen.
 - drive opplysing om smittsame sjukdomar og gi råd og rettleiing om korleis ein kan forebyggje dei.
 - syte for at individuelle forebyggjande tiltak vert sette i verk
 - syte for at andre tiltak i SML eller kommunehelsetenestelova vert sette i verk.

1.4 SMITTEVERNLEGE OG DENNE SITT ANSVAR; §7-2

- Etter SML skal kommunestyret peike ut ein av kommunelegane til å utføre oppgåvene innan smittevernet. Det bør også peikast ut ein reserve/vikar.
- Som smittevernlege i Osterøy er peika ut kommuneoverlege Anita Sørtveit. Marie Andersland vikarierer for henne fram til 31.07.2013.
- Dersom ein trenger reserve/vikar for smittevernlegen vert ein av fastlegane i kommune utpeika til dette.
- Utpeiking av ny smittevernlege eller vikar krev nytt kommunestyrevedtak.
- Etter SML har smittevernlegen ei noko spesiell stilling i forhold til kommuneadministrasjonen:
 - Smittevernlegen skal utarbeide forslag til plan for helsetenesta sitt arbeid med vern mot smittsame sjukdomar, som beredskapsplanar og tiltak (dvs smittevernplan.) Vidare heiter det i lova at smittevernlegen skal leie og organisere dette arbeidet.
 - Smittevernlegen skal utføre dei oppgåver som er gitt i SML.
 - Smittevernlegen har det administrative ansvaret for iverksetjing av kommunen sine vedtak innan smittevern.
 - I dei saker der smittevernlegen er gitt direkte myndigheit i lova, vil han eller ho vere sjølvstendig i forhold til kommunen.

1.5 SAMANHENG MED ANNA KOMMUNALT PLANVERK

- Smittevernplanen er ein del av kommunen sitt generelle planverk.

- Smittevernplanen vil også få konsekvensar for internkontrollsystemet i helsetenesta, spesielt innan legetenesta og helsestasjonsverksemda.
 - For å unngå at faglege anbefalingar med tida vert ståande i planen sjølv om dei er forelda, er det eit poeng at smittevernplanen er av generell karakter. Det er viktig at ein skil smittevernplan frå faglege rutinar/prosedyrar som må endrast fortløpande ettersom det epidemiologiske bildet endrast og samfunnet får ny kunnskap om smittsame sjukdomar.
- Med unntak av tuberkulose, vil spesifikke anbefalingar om oppfølging og behandling av konkrete sjukdomar derfor berre i liten grad ha berettiga plass i smittevernplanen.
- Det ligg til det aktuelle fagpersonell å utarbeide dei spesifikke faglege retningslinene. Ein viser spesielt til prosedyresamlinga for helsestasjonen og prosedyrar og kvalitetssystem ved Valestrand og Lonevåg legekontor.

1.6 KOMMUNE OG HELSETENESTA SI ORGANISERING

Ein viser til kommunen sitt organisasjonskart, stillingsomtaler og planverk for øvrig.

1.7 ØKONOMISKE RAMMER

Dei økonomiske rammene for arbeidet med smittevernet er integrert i kommunen sitt ordinære driftsbudsjett, hovudsakleg over legetenesta og helsesystemtenesta sine budsjett. Arbeidet vil gå føre seg på tvers av fagavdelingane i helsetenesta, men også til ein viss grad på tvers av fagetatane.

Iverksetjing av smittevernplanen får i seg sjølv ingen direkte økonomiske konsekvensar for Osterøy kommune. Det ordinære smittevernarbeidet, og smittevernberedskapen som vert skissert, er dekkja innan eksisterande rammer og stillingsomtaler. Ekstrautgifter må kunne påreknast i ulike krisesituasjonar.

1.8 ANSVAR FOR OPPDATERING, REVISJON ETC.

1.8.1 Kommuneoverlegen sine oppgåver

Kommuneoverlegen (eller den han/ho oppnemner) har ansvar for å utarbeide forslag til endringar ved ordinær revisjon av planen. Kommuneoverlegen skal normalt vere identisk med smittevernlegen, men kommunen kan velje anna organisering. Forslag til endringar av planen bør setjast fram seinast 3 månader før planperioden sitt utløp. Ny revidert plan skal godkjennast av kommunestyret.

1.8.2 Rådmannen sine fullmakter

Rådmannen har fullmakt til å gjere fylgjande endringar i planen:

- 1) Endringar i adresseliste, namneliste, varslingsplanar m. v. som følgje av vedtekne organisatoriske endringar, nyttilsetjingar, nye adresser/telefonnummer m. v.

- 2) Korreksjon av mindre feil (skrivefeil, feil ordbruk m. v.) som ikkje har vesentleg betydning for innhaldet i planen.
- 3) Faglege endringar etter anbefaling frå kommunelegen eller Statens Helsetilsyn, når dette har bakgrunn i endra epidemiologiske forhold, endra trusselbilete, eller nye faglege anbefalingar. Endringa(ne) skal ikkje få vesentlege organisatoriske eller økonomiske konsekvensar for kommunen.
- 4) Mindre endringar naudsynt for tilpassing til nye lover eller forskrifter som vedkjem planen sitt innhald.
- 5) Naudsynte endringar i tilvisningar/tilpassingar som følgje av revisjon av anna kommunalt planverk, internkontrollsystem eller beredskapsplanar.

1.8.3 Kommunestyret si godkjenning av endringar

Endringar som ikkje er omtalt under pkt 1.8.2 krev kommunestyret si godkjenning.

1.9 PLANEN SIN TILGJENGE OG RUTINAR FOR DISTRIBUTJON

- Smittevernplanen skal vere eit offentleg dokument.
- Smittevernplanen skal vere kjent for og vere lett tilgjengeleg for alt helsepersonell i kommunen, samt leiarar i andre etatar og politikarar.
- Smittevernplanen kan med fordel liggje på kommunen sitt intranett.
- Alle avdelingsleiarar i helse- og sosialområdet har ansvar for at personell under deira leiding er kjent med dei punkta ved smittevernplanen som har med den enkelte avdeling å gjere.

1.10 GYLDIGHEIT AV SMITTEVERNPLANEN

- Smittevernplanen er gyldig frå og med 24.04. 2013 til og med 31.12. 2016.
- Smittevernplanen er ikkje gyldig utan godkjenning i kommunestyret.
- Då alle kommunar er pålagt å ha ein smittevernplan kan kommunestyret ikkje oppheve smittevernplanen, utan å samtidig erstatte den med ein ny.

1.11 KOMMUNESTØRRELSE/ DEMOGRAFI

Kunnskap om busetjingsmønster, alderssamansetjing, lokalisering av barnehagar og skular, bedrifter m. v. er viktig i smittevernarbeidet. Desse tilhøva er omtala i kommuneplanen og øvrig planverk, og vert ikkje omtala nærare her.

2 LOKALE TILHØVE

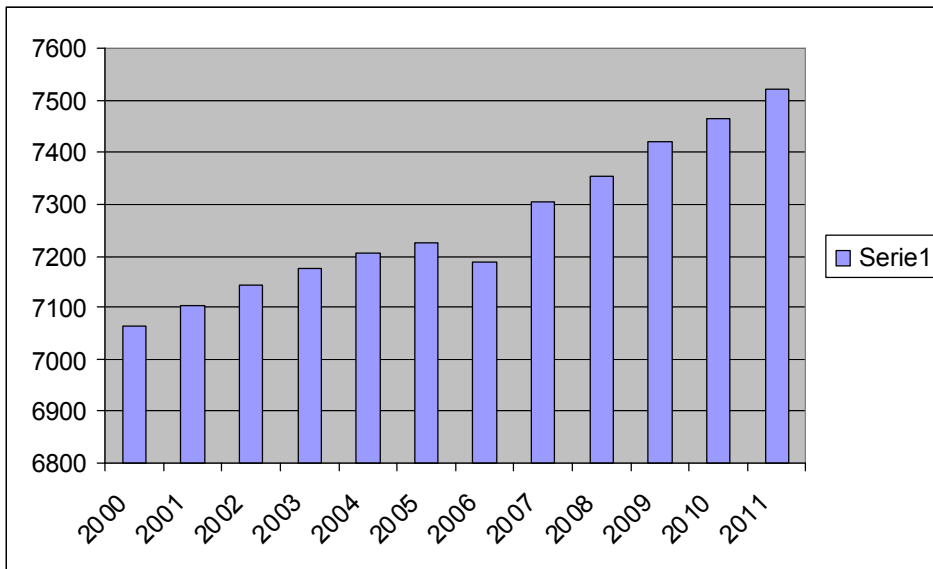
2.1 RISIKOVURDERING UT FRÅ DAGENS SITUASJON I KOMMUNEN

- Kommunen driv sjukeheim og heimebaserte tenester i eigne heimar og bufellesskap. Hygienearbeidet i institusjon er underlagt institusjonsleiing og Eining for Pleie- og Omsorg. Osterøytunet Sjukeheim skal ha sin eigen smittevernplan. Sjukeheimslege har ansvar for det løypande medisinske hygienearbeid/smittevern.
- Ved utbrot av infeksjonar av betydning for smittevernet i sjukeheim/aldersheim bør smittevernlegen underrettast, og ved meldepliktige sjukdomar (allmennfarlege smittsame sjukdomar) skal smittevernlegen omgåande informerast.
- Industribedrifter, forretningar, private som yter helsetenester og eventuelle private institusjonar i kommunen føreset ein at dei sjølve tar ansvar for å fylgje aktuelt lovverk innan sine ansvarsområde. Det statlege Mattilsynet har ansvar for kontroll av næringsmiddel, butikkar, hotell/overnattingsstader og næringsmiddelproduksjon. Det fell utanfor kommunen sine oppgåver å utarbeide konkrete planar som har med smittevern for slike verksemder å gjere. Kommunehelsetenesta og smittevernlegen kan likevel vere faglege rådgjevarar og samarbeidspartnarar overfor private i smittevernspørsmål.
- Kontroll av matvarer/drikkevatt/næringsmiddelindustri/oppbevaring og salg er underlagt streng internkontroll pluss ekstern kontroll av Mattilsynet (som også er tillagt kontroll av kjøtt og fisk, og kontroll etter dyrevernlova).
- Smittevernlegen skal også ha tilsynsfunksjon, og i visse situasjonar også vedtaksmyndigheit.
- Helsetenesta i kommunen er pålagt etter kommunehelselova å ha tilsyn med den epidemiologiske situasjon/risiko til ei kvar tid. Etter smittevernlova er dette ansvaret i særleg grad pålagt smittevernlegen.

2.2 RISKIKOVURDERING – FRAMTIDIGE UTFORDRINGAR I KOMMUNEN

2.2.1 Befolkninga

Osterøy kommune har per 1.1. 2012 i overkant av 7500 innbyggjarar. Folketalet har hatt ei lita, men jamn auke over dei siste åra.



Figur 1. Folketal Osterøy kommune

Kommunen har for tida ikkje flyktingemottak. Framtidig mottak av flyktingar kan representere smittevernfarelege utfordringar.

Ved mottak av flyktingar må det utarbeidast konkrete planar avhengig av nasjonalitet og tidlegare vaksinasjonsstatus.

Helsestasjon og skulehelseteneste har særlege krav til ressursar og kompetanse innan smittevern. Dette gjeld rådgeving (særleg om vaksinasjon/reiseproyfylakse/ seksuelt overførbare sjukdomar/ sprøytemisbrukarar etc.), vaksinasjon, samt marknadsføring av kommunen sitt tilbod innan helsetenester og førebyggjande arbeid.

2.2.2 (16) Infeksjonsepidemiologi – status og utfordringar

Osterøy kommune skil seg ikkje vesentleg epidemiologisk frå andre kommunar når det gjeld førekomst av smittsame sjukdomar.

Det er ikkje spesielt høg import av sjukdomar frå utlandet.

2.2.3 (18) Næringsmiddel, avfall, handtering av avløp og skadedyrkontroll

- Hovudansvar for kommunen si handtering av avfall, kloakk, drikkevassforsyning og skadedyrkontroll har driftsavdelinga.
- Næringsmiddeltilsynet (NMT) utfører på delegasjon kontrollprøver av drikkevatt. Svar på prøvene vert sendt driftsavdelinga, med kopi til smittevernlegen.
- NMT utfører på delegasjon kontroll med butikkar og utsalsstader som sel matvarer og næringsmiddel der smittefare kan vere ei problemstilling.

- Valestrand og Lonevåg legekantor og Osterøytunet sjukeheim har som ein del av sine internkontrollsystem rutinar for handtering av smittefarleg avfall.

2.2.4 Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet

Osterøy kommune er eit lite og relativt oversiktleg samfunn.

Kommunehelsetenesta har pr desember 2002 ingen opplysningar om bedrifter, institusjonar eller befolkningsgrupper som bør overvakast særskilt med tanke på smittevern.

2.3 KOMMUNALE RESSURSAR, INTERKOMMUNALE OG ANDRE SAMARBEIDSINSTANSAR

2.3.1 Kommunehelseteneste - ressursar

- Kommunen har fastlegeavtale med i alt 5 legar og har i tillegg turnuslege. To av legane er kommunalt ansette og lokalisert på Lonevåg, medan tre av legane er lokalisert på Valestrand legekantor som er ei privat verksemd. Turnuslegen arbeider ved Lonevåg legekantor. Ved begge kontora arbeider fleire legesekretærer.
- Kommunen har tilsett jordmor, helsesyster, psykiatrisk sjukepleiar og fysioterapeut.
- Helsestasjon for barn er lokalisert i nærleik til Lonevåg legekantor.
- Skulehelsetenesta er lokalisert på dei ulike skular og på legekantoret
- Osterøy pleie- og omsorg omfattar heimeteneste, psykiatrisk sjukepleie og Osterøytunet sjukeheim.

2.3.2 Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom er open ein gong i veka og er eit gratis tilbod til ungdommar mellom 15 og 18 år. Helsestasjonen er lokalisert på Lonevåg legekantor og vert betjent av turnuslege og helsesyster.

2.3.3 Interkommunale / statlege etatar som vert omfatta av smittevernarbeidet

Etatar det er aktuelt å samarbeide med om smitteverntiltak:

- Mattilsynet (erstatta det tidligare Næringsmiddeltilsynet).
- Bergen Interkommunale renovasjonsselskap, BIR
- Helse Vest, som etter SML skal ha utpeika ein smittevernansvarleg lege som saman med smittevernlegen i kommunen har myndigheit til å fatte vedtak ved tvangsbehandling.
- Helse Bergen: Haukeland Universitetssjukehus og aktuelle poliklinikkar.
- Haraldsplass diakonale sjukehus (vårt lokalsjukehus for indremedisinske tilfelle).
- Teknisk-hygienisk ingeniør (interkommunal stilling primært innan miljøretta helsevern).

- Ei rekke andre interkommunale samarbeidsorgan vil kunne drøfte og handtere smittervernsaker; eksempelvis fagrådet for kommuneoverlegane, Regionrådets helseutval m. fl.
- Fylkesmannens helseavdeling / Helsetilsynet i Hordaland.
- Folkehelseinstituttet. Bistand ved utbrot / smitteoppsporing.
- Private aktørar, til dømes innan laboratorietenester.

3 SMITTEVERN I NORMALSITUASJONAR

3.1 HELSEOPPLYSNING

Helseopplysning har som hovudformål å førebyggje og å redusere omfanget av smittsame sjukdomar i befolkninga. Alt helsepersonell i kommunen bør innanfor sine arbeidsområde og på sine arbeidsstader bidra til informasjon og rådgjeving når det er aktuelt.

Alt helsepersonell (dvs legar, jordmødrer, helsesystrer, helsesekretærar og sjukepleiarar) som er involverte i individretta pasientbehandling har eit særskilt ansvar for å ha tilstrekkelege kunnskapar om smittevern. Spesielt viktig er meldeplikta om visse smittsame sjukdomar.

Informasjon om smittevern kan skje gjennom ulike kanalar; eksempelvis som individretta informasjon/rettleiing, men også gjennom presse, skole, internundervisning og informasjon til spesielle grupper.

3.2 MELDINGSPLIKT / VARSLINGSPLIKT. SML §2-3

3.2.1 Leger si plikt

Ein lege som oppdagar ein person smitta med allmennfarleg smittsam sjukdom har varslingsplikt uavhengig av teieplikta.

Ved mistenkt eller bekrefta tilfelle av sjukdom i gruppe A skal munnleg melding umiddelbart gis Folkehelseinstituttet og smittevernlegen. Skriftleg melding skal sendast same dag.

Ved påvist tilfelle av sjukdom i gruppe B (unntatt AIDS) skal skriftleg melding verte sendt Folkehelseinstituttet og smittevernlegen i kommunen der smitta bur.

Ved påvist tilfelle av sjukdom i gruppe C skal ein berre sende skriftleg melding til Folkehelseinstituttet.

Ein lege skal alltid underrette smittevernlegen ved mistanke om allmennfarleg smittsam sjukdom som kjem frå miljøsmitte (SML §3-6).

3.2.2 Sjukepleiar/jordmor si plikt

Ein sjukepleiar eller jordmor som i si verksemd oppdagar ein smitta person har varslingsplikt overfor smittevernlegen. Dersom vedkommande helsepersonell er usikker på om tilstanden er meldepliktig skal vedkommande konferere med smittevernlegen eller pasienten sin fastlege som igjen kan melde tilfellet til smittevernlegen.

Kva skal ein varsle:

Ved mistanke eller stadfesting av enkelte, utpeika gruppe A sjukdomar skal ein med ein gong varsle kommunelegen. Disse sjukdomane er: *botulisme, difteri, diareassosiert hemolytisk uremisk*

syndrom, enterohemoragisk E. coli (EHEC)-infeksjon, flekktyfus, hemoragisk feber, kolera, kopper, legionellose, meningokokksykdom, meslinger, miltbrann, pest, poliomyelitt, rabies, røde hunder, sars og trikinose.

Lista over sjukdomar kan bli endra frå sentrale myndigheiter og denne lista er difor ikkje uttømmende.

Utover lista over, skal det også meldast i følgjande tilfelle: utbrot av andre særleg alvorlige sjukdomar, utbrot som mistenkast å komme gjennom næringsmiddel og særleg omfattande utbrot.

3.2.3 Varsling i andre situasjonar

- Utbrot i helseinstitusjon (i praksis Osterøytunet sjukeheim) av smittsam sjukdom skal varslast smittevernlegen og Fylkesmannen.
- Legar har varslingsplikt til smittevernlegen, Fylkesmannen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om overlagt spreiding av smittestoff.
- Legar har varslingsplikt overfor fylkesmannen og Folkehelseinstituttet ved mistenkt eller påvist smitte frå medisinsk utstyr, kosmetika, legemiddel, blod, blodprodukt, vev eller organ.
- Legar har varslingsplikt overfor blodbanken ved opplysningar om at blodgivar har sjukdom som kan overførast med blod eller blodprodukt.
- Behandlingsansvarleg lege i helseinstitusjon som finn at ein pasient overført frå annan helseinstitusjon har smittsam sjukdom skal varsle lege ved den andre institusjonen dersom det er nødvendig av omsyn til smittevernet.

3.3 VAKSINASJONAR

3.3.1 Vaksinasjonsprogram

Kommunehelsetenesta skal tilby befolkninga det nasjonale program for vaksiner og immunisering (SML §3-8).

For faste vaksinasjonsprogram, sjå kapitel. 4.

For vaksinasjon i beredskapssituasjonar, sjå kapitel. 5.

3.3.2 Reisevaksinar

Valestrand og Lonevåg legekantor og helsestasjonen har som praksis å hjelpe sine egne pasientar og kommunen sine innbyggjarar med rådgjeving og vaksinasjon ved reiser. For "vanlege" reiser til "vanlege" reisemål har kommunen sitt helsepersonell kompetanse til å utføre nødvendig reisevaksinasjon. Slike kostnader dekkjer ikkje Folketrygda eller kommunen, og den reisande sjølv må betale.

For svært spesielle reisemål, eller for langvarige opphald under primitive forhold i andre verdsdelar, vil kommunehelsetenesta vise til spesialklinikkar med spesiell kompetanse på feltet.

Spesielle vaksinasjonar, til dømes gul feber, vert ikkje tilbydd i kommunen. Etter sentrale retningslinjer kan ingen, heller ikkje legar, tilby vaksine mot gul feber utan etter godkjenning frå smittevernlegen i kommunen.

3.3.3 Vaksinerings for hepatitt B til særleg utsette grupper

Helsepersonellet i kommunen, spesielt legar og jordmødrer, samt tilsette i sosialtenesta bør vere oppmerksame på personar med spesiell risiko for å bli smitta av hepatitt B.

Spesielt nemnast: personar med langvarig omgang med kjente kroniske smitteberarar, andre særleg utsette personar (stoffmisbrukarar, prostituerte, menn som har sex med menn), personar eller barn av personar frå høye endemiske område i verda, eller personar med visse sjukdomar som gjer dei meir utsett for hepatitt B eller konsekvensar av dette. Desse personane vil få dekkja vaksinasjon frå Folketrygda. Vaksinen vert rekvirert av smittevernlegen frå Folkehelseinstituttet på statens rekning.

For personar som i sitt arbeidsforhold har auka risiko for hepatitt B-smitte skal arbeidsgjevar dekkje vaksinasjonskostnadene. Osterøy kommune som arbeidsgjevar skal dekke slike kostnader for dei av sine tilsette dette er aktuelt for. Dette gjeld alle tilsette ved Valestrand og Lonevåg legekontor som behandlar og følgjer opp fleire personar med hepatitt B sjukdom/ berartilstand. For anna tilsett personell må ein vurdere slik vaksinasjon fortløpande i konkrete tilfelle.

Elles skal kommunen sitt helsepersonell følgje dei til ein kvar tid gjeldande anbefalingar og rutinar som gjelder for hepatitt B vaksinasjon.

3.3.4 Vaksinasjon ved sårskadar

Legane ved Valestrand- og Lonevåg legekontor skal følgje dei til ein kvar tid gjeldande anbefalingar frå Folkehelseinstituttet om vaksinasjon for tetanus (stivkrampe). I tillegg til det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet er dette spesielt aktuelt ved sårskadar.

Grunna aukande fare for spreiding av difteri i Noreg (spesielt gjennom opne grenser i nordområdet) følgjer kommunehelsetenesta pr i dag tilråding om samtidig vaksinasjon difteri/tetanus ved behov for boosterdose ved sårskadar.

3.4 HIV/AIDS FØREBYGGJANDE ARBEID

- Ved smitte og sjukdom skal dei aktuelle fastlegar syte for naudsynt medisinsk oppfølging av HIV- positive og AIDS-sjuka personar og bidra med individuell rettleiing om smitteførebyggjande tiltak.
- Fastlegane skal hjelpe med generell informasjon gjennom sitt ordinære arbeid med familieplanlegging og prevensjon, samt abortsøkjande kvinner.
- Helsestasjonen har ansvar for informasjon om HIV/AIDS gjennom det ordinære informasjonsopplegget i skulen.
- Gjennom svangerskapsomsorga vert det gitt generell informasjon om HIV og førebyggjande tiltak. HIV-test vert tilbode alle gravide.

- Staten dekker alle utgifter til kondom til personar med HIV-smitte. Legane kan i slike samanhengar rekvirere gratis kondom frå Folkehelseinstituttet.

3.5 SEKSUELT OVERFØRBARE SJKDOMAR – SOS

- Helsestasjonen har ansvar for å samarbeide med skulane om naudsynt informasjon om seksuelt overførte sjukdomar og smitteførebyggjande tiltak.
 - Ved tilfelle av seksuelt overført sjukdom har behandlande lege plikt til, saman med pasienten, å setje i gang naudsynte smitteførebyggjande tiltak og smitteoppsporing. Dersom behandlande lege ikkje er i stand til å forretta smitteoppsporing sjølv, eller smitta person ikkje følgjer den personlege smittevernretteinga, skal legen, utan omsyn til lovbestemt teieplikt, gje underretning til smittevernlegen dersom omsynet til smittevernet krev det (SML §3-6).
- Staten dekkjer i si heilskap utgifter til legebehandling og medisinar ved mistanke om, eller bekrefta tilfelle av seksuelt overført sjukdom.

3.6 MOTTAK AV FLYKTINGAR

Osterøy kommune har i dag ikkje flyktningmottak i drift.

Dersom det i framtida kjem flyktningar til Osterøy skal kommunelegen varslast frå sosialkontoret eller administrasjonen i god tid. Meldinga skal innehalde kor mange personar som kjem, alder, familieforhold, etnisk bakgrunn, opphavsland og eventuelle transittland.

Kommunelegen skal, i samarbeid med kommunehelsetenesta elles, lage ein plan for å sikre at ein kartleggje helsebehova hos flyktningar som er nye i Noreg, også helsestatus, vaksinasjonsstatus, vaksinasjonsbehov og eventuelle behov for smitteførebyggjande tiltak.

Meirkostnadene for dette arbeidet skal verte dekkja frå dei overføringar som sentrale myndigheiter yter for mottak av flyktningar.

For undersøking på tuberkulose gjeld eigne forskrifter, jf kapittel 6.

3.7 SMITTEVERN VERSUS MILJØRETTA HELSEVERN

Smittevernet etter SML vil i noen tilfelle ha grenseflater opp mot anna lovverk, spesielt innan miljøretta helsevern. Det vil også vere grenseflater mot kommunen sitt internkontroll og rutinar elles.

Som eksempel kan nemnast avløp, skadedyrkontroll, kontroll med drikkevatt/vassmagasin, forskrifter om miljøretta helsevern i barnehage og skole m. v.

Når det oppstår situasjonar som vert omfatta av fleire fagfelt plikter dei ulike kommunale fagavdelingar / etatar å etablere naudsynt samarbeid for å avklare ansvarsforhold og å koordinere innsatsen. Kommunen kan utarbeide retningsliner og prosedyrar for slikt samarbeid.

Næringsmiddeltilsynet for Nordhordland og Gulen er ein naturleg samarbeidspartnar i smittevernsaker som grensar opp mot miljøretta helsevern. Teknisk - hygienisk ingeniør som p.t. er knytt til denne verksemda vil vere fagleg rådgjevar.

4 FASTE VAKSINASJONSPROGRAM

4.1 BARNEVAKSINASJONSPROGRAM

4.1.1 Formål

- Å førebyggje smittsame sjukdomar i kommunen.
- Hovudmålet med eit vaksinasjonsprogram er aktiv immunisering og å gi individuelt vern mot sjukdom for den enkelte vaksinerte utan gjennomgått sjukdom.
- Å redusere sjansane for smittespreiing til dei som ikkje er vaksinerte.
- Fortrenge sjukdomar på landsbasis og eventuelt utrydde dei.
- Arbeide mot ein vaksinasjonsdekning i kommunen nær 100% (statleg målsetting for vaksinasjonsdekning POL03, DTP52 og HIB01: 95%. MMR: 98 %)

4.1.2 Bruksområde

Sjølv om all vaksinasjon er frivillig, har norske barn rett til vaksinasjon og å få det vern vaksinane i programmet kan gi (jf SML). Alle barn i kommunen vert gitt tilbod om vaksinasjon etter det statleg anbefalte vaksinasjonsprogrammet som er utarbeidd for spe- og småbarnsalderen. Vaksinasjonane finn stad på helsestasjonen. Påfyllingsdosar av vaksinane vert gitt i skulealder av skulehelsetenesta.

4.1.3 Ansvar

Helsesyster blir rekna som legen sin medhjelpar når ho utfører vaksinasjon for det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Helsestasjonslege, skulelege og helsesyster har ansvar for at prosedyren er fagleg tilfredsstillande. Helsesyster har ansvar for praktisk utføring av prosedyren, og for tilfredsstillande dokumentasjon av vaksinane som er gitt.

4.1.4 Definisjonar

- DTP52 difteri/ tetanus/ pertussis (difteri/ stivkrampe/ kikhoste)
- HIB01 haemophilus influenzae type B
- POL03 poliomyelitt
- IPV poliomyelitt
- KOM06 dei tre over gitt i ein kombinasjonsvaksine.
- PKV pneumokokkvaksine for barn født frå og med 2006, vert gitt tre vaksinar
- Saman med KOM06
- MMR52 measles/ mumps/ rubella (meslingar/ kuma/ røde hundar)
- HPV humant papillomavirus (vaksine mot livmorhalskreft)

- BCG vaksine mot tuberkulose
- HEP B vaksine mot hepatitt B

4.1.5 Dokumentasjon

- Alle vaksinar blir registrerte i SYSVAK (det sentrale vaksinasjonsregister), med tilhørande kodennummer og batchnummer.
- Dersom barnet av ulike årsaker ikkje skal vaksinerast, skal dette journalførast.
- Vaksinar som er gitt, vert registrerte i helsebok og journal.

4.1.6 Komplikasjonar og lette biverknader

I vaksinasjonssamanheng skil ein mellom komplikasjonar og lette biverknader. Vaksinasjonskomplikasjonar er etter Meldingsforskrifta til Smittevernloven ein nominativ meldingspliktig tilstand (§ 2–2). Ein kvar lege, sjukepleiar, helsesyster eller jordmor som i sin yrkespraksis får mistanke om vaksinekomplikasjon har plikt til å melde dette til MSIS, Folkehelseinstituttet og Kommunelegen.

4.1.7 Vaksinasjonsdekning i Osterøy kommune

I 2011 var det i Osterøy kommune født 79 barn. Ut frå barnevaksinasjonsprogrammet vart det utført 851 vaksinasjonar. Vaksinasjonsstatusen i Osterøy kommune er som følgjer:

2 åringar	96-98%
6 åringar	96%
16 åringar	MMR: 92% Difteri og stivkrampe: 95% Polio: 96%

I periodar med presseoppslag om komplikasjonar av vaksinar, ser ein ein viss otte og reservasjon mot vaksinen for ein periode. Ein legg då ekstra vekt på informasjon om vaksinen, biverknader som er reelle og forskning på dette opp mot det som har kome fram i media. Dersom det er ynskje om å få dele opp kombinasjonsvaksine til einskildvaksine, får folk tilbod om dette gjennom fastlege. Da dette er utanom det oppsette vaksinasjonsprogrammet, må dei betale vaksinane sjølv. Dette p.g.a. mykje meirarbeid for lege og helsesyster, og fraktutgifter.

4.2 VAKSINASJONSPROGRAMMET

4.2.1 Barnevaksinasjonsprogram 2010

Alder	Vaksinasjon mot
3 månader	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt og

	<i>Haemophilus influenzae</i> type B-infeksjon (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom (PKV)
5 måneder	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt og <i>Haemophilus influenzae</i> type B-infeksjon, (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom (PKV)
11-12 måneder	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt og <i>Haemophilus influenzae</i> type B-infeksjon, (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom (PKV)
15 måneder	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)
2. klasse (7 år)	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt (DTP-IPV)
6. klasse (11 år)	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)
7. klasse (12 år)	jenter Humant papillomavirus (HPV) (3 doser)
10. klasse (15 år)	Poliomyelitt (IPV) Difteri, tetanus (DT) (fra og med årskullet født 1998)
For barn i definerte risikogrupper. Blir vanlegvis gitt i spedbarnsalder	Hepatitt B, 3 eller 4 doser Tuberkulose (BCG), 1 dose

Tabell 1 Opplysningar frå *Barnevaksinasjonsprogrammet i 2010* frå Folkehelseinstituttet

4.2.2 Endringar i vaksinasjonsprogrammet

Det er dei siste åra gjort fleire endringar i vaksinasjonsprogrammet. Endringane er presenterte i tabell 2

År	Endring
2006	Innføring av pneumokokkvaksine Innføring av oppfriskningsdose DTP-IPV-vaksine
2007	Innføring av hepatitt B-vaksine som en del av barnevaksinasjonsprogrammet
2009	Innføring av HPV-vaksine Endra tidspunkt for MMR-vaksine i skolealder Bcg-vaksine bare til risikogrupper

Tabell 2 Opplysningar frå *Barnevaksinasjonsprogrammet i 2010* frå Folkehelseinstituttet

Mantoux + BCG er tatt ut av det rutinemessige vaksinasjonsprogrammet frå 2010. Folkehelseinstituttet har i 2011 gitt melding om at dei som er uvaksinerte og ønskjer BCG vaksine, skal få det gratis.

4.2.3 Vaksinasjon i grunnskulen.

Elevane og føresette skal på førehand ha skriftleg informasjon om vaksinen og når vaksinasjon vert gjennomført. I samband med vaksinasjonen i 2. klasse får ein underskrift frå dei føresette om dei ønskjer at elevane skal fullføra vaksinasjon i statleg vaksinasjonsprogram.

Ein arbeider for å ha ei vaksinasjonsdekning i grunnskulen tilsvarande målsetjinga i barnevaksinasjonsprogrammet. Målet må vere å oppretthalde vaksinasjonsdekninga på 98 – 99 % i grunnskulen. Dei same prosedyrane for dokumentasjon og melding som gjeld for barnevaksinasjonsprogrammet skal følgjast.

5 SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONAR

5.1 SMITTEVERNLEGEN SI OPPGÅVE VED MELDING OM ALLMENN FARLEG SMITTSAM SJUKDOM.

5.1.1 Kartlegging og vurdering

- Smittevernlegen, eller den han gir myndigheit, skal, etter kap. 3.2, søkje å ha oversikt over den epidemiologiske tilstanden i kommunen når det gjeld allmennfarlege smittsame sjukdomar.
- Smittevernlegen skal ved mottatt melding vurdere meldinga, kor alvorleg ho er, grad av truverte og hastegrad, samt vurdere behovet for akutte eller meir langsiktige smitteverntiltak.
- Smittevernlegen skal initiere og leie det naudsynte lokale kartleggjingsarbeid, og etter behov konsultere interne og/eller eksterne faglege ressursar.

5.1.2 Tiltak og varsling

- Smittevernlegen skal ut frå ei medisinsk-fagleg vurdering iverksetje naudsynte tiltak innan sitt myndigheitsområde, eller komme med anbefalingar om tiltak innan andre sine myndigheitsområde.
- Smittevernlegen skal etter behov og situasjon rapportere til kommunen si administrative leiing.
- Smittevernlegen rapporterer, etter sentrale retningsliner, lover og/eller forskrifter, tilfelle av sjukdom vidare til sentrale helsemyndigheiter.
- Smittevernlegen vurderer om beredskapsgruppa skal kallast inn.
- Smittevernlegen vurderer behovet for innkalling av personell, spesielle målgrupper for tiltak, eventuelt behov for hastevedtak etter SML, og vurderer behovet for varsling gjennom media.

5.2 SMITTEVERNLEGEN SITT TILGJENGE – VAKTORDNING

Det eksisterer inga formell vaktordning for smittevernlegane. Dette er ikkje vanleg i Noreg, heller ikkje i dei store byane. I dagens situasjon vil det svært sjeldan vere behov for å kontakte smittevernlege utanom ordinær arbeidstid. Sjølv i slike situasjonar vil smittevernlegen eller den han gir myndigheit uansett stort sett vere å treffe per telefon.

Dersom det i ein normal situasjon skulle oppstå eit uventa behov for raske smittevernlege råd, og smittevernlegen ikkje kan nåast, kan dei andre av kommunen sine legar eller legevakt kontaktast. Desse vil berre ha rådgjevande funksjon og har ikkje myndigheit som smittevernlege etter SML, som for eksempel til å kunne treffe hastevedtak (etter §4).

Skulle eit slikt behov uventa oppstå, må kommunestyret tre saman for enten å sjølv fatte hastedtak etter SML §4-1 (m.a. stenging av verksemd), eller peike ut ny smittevernlege som kan fatte vedtak om tvangsbehandling etter §4-2..

Dersom situasjonen er alvorleg, for eksempel ved nasjonale eller regionale beredskapssituasjonar, har rådmannen fullmakt til å på kort varsel etablere ei formalisert vaktordning innan smittevernet. Ei slik ordning skal så snart som mogleg i etterkant verte godkjent av kommunestyret.

5.3 DEPARTEMENTET SINE RETTAR(SML §3-8)

Når det er avgjerande for å motverke eit alvorleg utbrot av allmennfarleg smittsam sjukdom, kan departementet i forskrift fastsetje at befolkninga eller delar av ho har plikt til å la seg vaksinere. Ved eit alvorleg utbrot av allmennfarleg smittsam sjukdom kan departementet i forskrift bestemme at personar som ikkje er vaksinert

- a) må opphalde seg innanfor bestemte område.
- b) skal nektast deltaking i organisert samvær med andre, for eksempel i barnehage, skule, møter eller kommunikasjonsmiddel.
- c) må ta naudsynte forholdsreglar etter kommunelegen (smittevernlegen) si nærmare avgjersle.

5.4 MØTEFORBOD, STENGING AV VERKSEMD, AVGRENSING I KOMMUNIKASJON, ISOLERING OG SMITTESANERING (SML §4-1) - HASTEVEDTAK

Når det er naudsynt for å førebyggje ein allmennfarleg smittsam sjukdom eller for å motverke at den vert overført, kan kommunestyret vedta

- a) forbod mot møte og samankomstar eller påbod om andre avgrensingar i den sosiale omgangen overalt der menneske er samla.
- b) Stenging av verksemdar som samlar fleire menneske, som barnehagar, skular, symjehaller, butikkar eller andre bedrifter og arbeidsplassar – eller avgrensingar i aktivitetar der.
- c) Stans eller avgrensingar i kommunikasjonar.
- d) Isolering av personar i geografisk avgrensa område eller andre avgrensingar i deira rørslefridom i opptil sju dagar av gongen.
- e) Pålegg til private eller offentlege om reingjering, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstandar eller lokal. Pålegget kan også gå ut på avliving av kjæledyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller anna smittesaning.

Statens helsetilsyn kan i visse situasjonar vedta tiltak som nemnt over, for heile eller deler av landet.

Ved tiltak som nemnt over, kan kommunestyret syte for iverksetjing dersom den ansvarlege ikkje rettar seg etter vedtaket. Tiltaka vert gjennomført for den ansvarlege si rekning, kommunen heftar for kravet om vederlag.

Ved tiltak etter bokstav e, kan kommunestyret om naudsynt skade den ansvarlege sin eigedom. Ved tiltak etter bokstav d og e kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade eigedomen til andre. Det er eit vilkår at vinninga er vesentleg større enn skaden eller ulempa ved inngrepet.

Tiltak skal straks opphevast eller avgrensast når det ikkje lenger er naudsynt.

I hastesaker kan smittevernlegen utøve den myndigheit som kommunestyret har etter dette punkt.

5.5 FORBOD MOT Å UTFØRE ARBEID M.M. (SML §4-2)

Ein smitta person med allmennfarleg smittsam sjukdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltaking i undervisning er ein alvorleg fare for overføring av smitte til andre, kan få forbod mot å utføre dette arbeidet i opptil 3 veker.

Slikt vedtak vert gjort av smittevernlegen saman med den sjukehuslegen som Helse Vest har utpeika til slike vedtak. Skulle slikt behov oppstå må smittevernlegen ved Haukeland sjukehus kontaktast for råd.

Fylkeslegen avgjer klage på vedtak. Ein klage har ikkje utsetjande verknad på iverksetjing av vedtak.

5.6 OBDUKSJON OG GRAVFERD (SML §4-5, 4-6).

Smittevernlegen kan i visse tilfelle vedta at ein avdød med ein allmennfarleg smittsam sjukdom skal obduserast.

Ved alvorleg utbrot av allmennfarleg smittsam sjukdom kan kommunestyret vedta forholdsreglar i samband med gravferd, at avdøde personar skal kremerast, eller at det skal setjast i verk andre spesielle tiltak.

5.7 PLIKT FOR HELSEPERSONELL TIL Å GJENNOMGÅ OPPLÆRING, FØLGJE FAGLEGE RETNINGSLINER OG GJENNOMFØRE TILTAK (SML §4-9).

Kommunestyret kan påleggje helsepersonell i kommunehelsetenesta å gjennomgå naudsynt opplæring for å kunne delta i smittevernarbeidet.

Kommunestyret kan ved alvorleg utbrot av ein allmennfarleg smittsam sjukdom etter vedtak påleggje helsepersonell som har gjennomgått naudsynt opplæring, å delta og utføre naudsynte oppgåver i smittevernarbeidet. Dette inkluderer førebygging eller undersøking og behandling av person med smittsam sjukdom.

Helsepersonell har plikt til å følgje pålegg frå Statens helsetilsyn når det gjeld bestemte måtar å undersøke og behandle allmennfarleg smittsam sjukdom på.

5.8 TVANGSTILTAK OVERFOR SMITTA PERSONAR (SML §5).

Dersom ein smitta person motset seg undersøking kan det i visse situasjonar gjerast vedtak om tvungen innlegging i sjukehus til legeundersøking og eventuelt kortvarig isolering.

Dette vil svært sjeldan vere aktuelt. Dette skal vere siste utveg og alle forsvarlege frivillige tiltak skal vere prøvd først.

Slike saker vert innleia ved at smittevernlegen utarbeider forslag til tiltak. Forslaget skal leggjast fram for Fylkeslegen, som omgåande skal sende det til smittevernemnda.

Smittevernemnda vert sett saman etter reglene i sosialtenestelova §9-2.

Hastevedtak om tvangstiltak kan fattast av kommunen sitt smittevernlege saman med den sjukehuslegen Helse Vest har utpeika til slike oppgåver.

SML inneheld detaljerte retningsliner for framgangsmåten i slike saker.

5.9 BEREDSKAPSGRUPPE FOR SMITTEVERN I OSTERØY KOMMUNE

5.9.1 Beredskapsgruppe for smittevern i Osterøy kommune – samansetjing

- Smittevernlegen.
- Leiande helsesyster.

Evt overstående sin reserve/vikar og/eller naudsynte medhjelparar.

I saker der smittevernarbeidet grensar mot, eller har behov for tiltak innan miljøretta helsevern, drikkevatt eller liknande, skal i tillegg driftssjef, eller denne sin representant, delta i beredskapsgruppa.

Ved behov kan andre personar verte innkalla, til dømes representant for skuleadministrasjonen ved sjukdomsutbrot i skule m. v.

Rådmannen, eller denne sin vikar, har møterett i beredskapsgruppa.

5.9.2 Beredskapsgruppa – leiing/fullmakter

- Smittevernlegen leier beredskapsgruppa og har ansvar for å kalle inn til møte.
- Beredskapsgruppa er ein rådgjevande instans overfor kommunen, å betrakte som ei arbeidsgruppe i de aktuelle beredskapssituasjonar.
 - Beredskapsgruppa har ikkje avgjerande myndigheit, med mindre dette er særskilt delegert. Smittevernlegen har likevel utøvande myndigheit innan rammene av SML eller annan delegasjon.

5.9.3 Når beredskapsgruppa skal møtast utan opphald

- Ved mistenkt, eller bekrefta tilfelle, av gruppe A sjukdom.
- Ved tilfelle av sjukdom gruppe B, der sjukdomen er av ein slik karakter at ein må tru at fleire er blitt eller lett kan bli smitta, for eksempel legionellose, meningokokksjukdom, drikkevattbore sjukdom eller næringsmiddelassosiert sjukdom .
- Ved utbrot (fleire tilfelle) av sjukdomar i gruppe B, der to eller fleire tilfelle kan ha same smittekjelde.

- Ved enkelttilfelle av allmennfarleg sjukdom der ein må vere særleg vaktsam, til dømes meningokokksjukdom hos barn/ungdom i skule/barnehage.

5.9.4 Beredskapsgruppa sine oppgåver

- Støtte smittevernlegen med arbeidet etter kap. 5.1.2.
- Ha ansvar for å vurdere og iverksetje vaksinerings / medisinerings og/eller andre smitteforebyggjande tiltak.
- Ha ansvar for naudsynt opplysningsarbeid til aktuelle personar eller befolkningsgrupper.
- Vurdere når smitteverntiltak kan verte avslutta.
- Samarbeide med interne eller eksterne fagmiljø der dette er aktuelt.
- På kort varsel kunne utarbeide ein plan for utbrot av pandemisk influensa.

5.9.5 Beredskapsgruppa – evaluering og revisjon

Beredskapsgruppa skal ha møte minst ein gang pr år. Smittevernlegen har ansvar for innkalling. Det generelle smittevernarbeidet i kommunen skal da drøftast. Det skal også gjerast ei vurdering av behovet for revisjon av smittevernplanen.

6 FØREBYGGJING AV SMITTE MED LEGIONELLA

6.1 INNLEIING

Legionærsjukdom er ein alvorleg lungebetennelse med høg dødelegheit. Mest utsett er eldre, røykarar og menneske med nedsett immunforsvar.

Etter fleire utbrot i Noreg dei siste åra har sentrale helsemyndigheiter hatt fokus på legionellaførebyggjande arbeid. I 2008 kom det inn et eige kapittel om legionella i forskrift om miljøretta helsevern. For fullstendig informasjon viser ein til dette.

Det er fleire registrerte tilfelle av sjukdomen i våre naboland Sverige og Danmark. Dette er truleg grunna underdiagnostisering av legionella i Noreg.

6.2 SMITTEMÅTAR

Legionellabakterien smitter ved innanding av fine, svevande vassdropar som er forureina med bakteriane. Sjuke, sengeliggjande pasientar kan også verte smitta av bakterieforureina vatn som kjem ned i luftrøret, eller av medisinsk utstyr som ikkje er behandla med sterilt vatn. Legionellabakteriar smittar ikkje frå person til person.

6.3 SMITTEMISTANKE

Lege, sjukepleiar, jordmor eller helsesyster som mistenker eller påviser eit tilfelle av Legionellasjukdom skal umiddelbart varsle kommunelegen i pasienten sin heimkommune slik det er skrive i MSIS og Tuberkuloseregisterforskrifta.

Dersom kommunelegen ikkje kan varslast skal ein umiddelbart varsle Folkehelseinstituttet.

Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkhelseinstituttet.

Smittevernansvarleg kommunelege bør i samarbeid med miljøteknisk ekspertise følgje opp alle tilfelle kor smitte mest sannsynleg har skjedd i kommunen.

Kommunane skal på førehand ha oversikt over alle kjøletårn og luftskrubbaranlegg.

6.4 PERSONBESKYTTELSE

Legionellabakteriar smittar sjeldan friske menneske, men i enkelte høve kan det vere naudsynt å beskytte seg mot mogleg smitte.

For innretningar med stor smitterisiko der personell må opphalde seg i utsette område for å få utført nødvendig reingjering må innretningane desinfiserast før reingjering.

6.5 REGELVERK

Det er verksemda sjølv som har ansvaret for å syta for at dei driv etter krava i lov og forskrift. Dette inneber at det innførast rutinar og ettersyn med innretningar som har potensial for smittespreiing av sjukdom som kjem frå legionellabakteriar.

Tilsynsmyndigheit skal føre tilsyn med verksemdene.

Legionella er ein allmennfarleg smittsam sjukdom, jamfør " forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer" frå 1995. Dette betyr at tvang brukast om situasjonen krev det. Det er per i dag ikkje rutinescreening av legionella og det fins ingen vaksinasjon.

Utover smittevernloven er det fleire andre lover som direkte eller indirekte omhandlar legionella. Ein viser til " forebygging av legionellasmitte" frå 1/1-2008.

6.6 INTERNKONTROLL

Eigar er ansvarleg for at det vert utøvd internkontroll ved innretningar som kan spreie legionellasmitte. Internkontrollen for forebygging av legionellasmitte bør vere ein del av den totale systematiske helse, miljø og sikkerheitsarbeidet i verksemda.

6.7 KARTLEGGING AV RISIKOFORHOLD

Eit anlegg kan medføre smittefare dersom det spreier aerosolar som inneheld Legionellabakteriar. Som ledd ein total risikovurdering er det naudsynt at alle vatnhaldige installasjonar kartleggast. Risikovurdering skal minimum oppdaterast ein gong i året. Kjøletårn og luftskrubbarar der vekstforholda er til stades utgjer høg smitterisiko. Offentlege boblebad og dusjar, VVS system i institusjonar og befuktningsanlegg basert på forstøvning av vatn utgjer betydeleg smitterisiko.

6.8 FØREBYGGJANDE TILTAK

Dersom ein har ei innretning der forholda for legionella vekst og spreing vurderast å vere til stades skal førebyggjande tiltak skje ved:

- Tekniske tiltak
- Førebyggjande behandling
- Drift og vedlikehaldsrutinar

For nærare beskrivingar sjå rettleiinga frå Folkehelseinstituttet.

6.9 PRØVETAKING

Det er ulike synspunkt i faglege kretsar på nytteverdien av legionellaanalysar, spesielt brukt i oppfølging av drifts og vedlikehaldsrutinar. Ein negativ legionellaprøve er ingen garanti for at legionella ikkje er til stades. I tillegg er undersøkinga dyr. Det er difor kostnad i forhold til nytte som blir avgjørande ved vedlikehald.

Ved høgrisikoanlegg anbefalast at det utførast jamlege analysar 3 til 4 gongar i året.

Dersom det ikkje vert påvist legionella etter det første året, eller etter at forholda har stabilisert seg ved at tilfredsstillende rutinar er etablert og det ikkje er påvist legionella i minst 4 påfølgjande prøver, kan hyppigheita av analysar reduserast.

6.10 TILTAK VED FUNN AV LEGIONELLA

Ved tilfeldige funn av legionellabakterien i eit anlegg kan ein ikkje si noe om smitterisikoen. Det fins i dag ikkje forskingsresultat som dokumenterer smittefaren i forhold til konsentrasjonen. Dermed blir eit kvart funn ein indikasjon på at det førebyggjande vedlikehaldet ikkje er tilstrekkeleg.

Det er viktig at det vert tatt prøver frå alle aktuelle spreingskjelder da det ikkje er nok med ein prøve for å slå fast kor smitta kjem frå.

6.11 BEHANDLING

Anlegg som etter ei risikovurdering er funne å kunne spreie legionellasmitte, må gjennomgå behandling slik at vekst av legionellabakteriar vert unngått. Metodar for behandling av anlegg kjem fram i rettleiinga frå folkehelseinstituttet. Behandling av smitta person følgjer anbefalte standardar.

Det kan utarbeidast plan for behandling i samarbeide mellom kommunen og spesialisthelsetenesta. Kommunelegen er ansvarleg for behandling i kommunen.

7 KOMMUNAL BEREDSKAP FOR PANDEMISK INFLUENSA

7.1 INNLEIING

Med pandemisk influensa meinast ein alvorleg influensa som rammar heile eller ein stor del av verda. Slike alvorlege pandemiar rammar vanlegvis berre få gongar i løpet av eit hundreår. Pandemiar skuldast virus som det per i dag ikkje finnast spesifikk medisinsk behandling mot. Sentrale helsestyresmakter har utarbeidd ein nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.

7.2 UTARBEIDING AV BEREDSKAPSPLAN VED MELDING OM PANDEMISK INFLUENSA

Vanlegvis vil ein ved slike pandemiar få noko tid (veker, kanskje månader) på å førebu beredskapen. Det er difor ikkje formålstenleg og realistisk for ein liten kommune til ei kvar tid å ha ein revidert plan for slik beredskap. Det viktigaste er at det må finnast ein kommunal beredskap som på kort varsel kan utarbeide og setje i verk ein slik plan når situasjonen krev det, og at det er nedfelt retningsliner for dette arbeidet. Det må forventast at sentrale og regionale helsestyresmakter i slike situasjonar også vil vere aktive i informasjonsarbeidet og i rådgevinga til kommunar og helsetenesta generelt. Dersom det kjem som eit krav eller sterk tilråding frå sentrale styresmakter å utarbeide ein slik plan utan at det er ein beredskapssituasjon, bør det likevel gjerast.

7.3 BEREDSKAPSGRUPPE FOR SMITTEVERN VED PANDEMISK INFLUENSA

Beredskapsgruppa er eit rådgevingande organ. Det er ei arbeidsgruppe i dei aktuelle beredskapssituasjonar. Beredskapsgruppa har ikkje vedtaksmyndigheit dersom ikkje dette er særskilt delegert. Smittevernlegen har myndigheit innan rammene av SML eller annan delegasjon.

7.3.1 Beredskapsgruppa skal:

- Arbeide saman med smittevernlegen med arbeidet etter kap. 1.4.
- Ha ansvar for å vurdere og å setje i verk vaksinerings / medisinerings og/eller andre smitteførebyggjande tiltak.
- Ha ansvar for naudsynt opplysningsarbeid til aktuelle personar eller befolkningsgrupper.
- Vurdere når smitteverntiltak kan avsluttast.
- Samarbeide med interne eller eksterne fagmiljø der dette er aktuelt.
- Gi nødvendig informasjon til publikum i samarbeid med informasjonsansvarleg i kommunen.
- På kort varsel kunna utarbeide ein plan for utbrot av pandemisk influensa.

7.4 BEREDSKAPSGRUPPA - SAMANSETTING.

- Smittevernlegen
- Leiande helsesøster
- Kommunalsjef for helse- og sosiale tenester
- Evt ovannemnde sine avløysarar og/eller naudsynte medhjelparar.

I saker der smittevernarbeidet grenser mot, eller omfattar behov for tiltak innan miljøretta helsevern, drikkevattn eller liknande, skal i tillegg kommunalsjef for tekniske tenester, eller deira representantar delta i beredskapsgruppa.

Representant for mattilsynet kan delta der det er aktuelt (smitte gjennom næringsmiddel etc.)

Ved behov kan andre personar verte kalla inn, til dømes representant for skuleadministrasjonen ved sjukdomsutbrot i skule .

Rådmannen, eller varamann, har møterett i beredskapsgruppa.

Smittevernlegen leiar beredskapsgruppa og har ansvar for å kalle inn til møte.

7.5 BEREDSKAPSGRUPPA – FULLMAKT TIL Å UTARBEIDE PLAN VED UTBROT AV PANDEMI.

Beredskapsgruppa gis fullmakt til, når situasjonen krev det, å utarbeide ein plan ved utbrot av pandemisk influensa. Planen skal så langt det lar seg gjere utarbeidast i samarbeid eller etter råd frå sentrale helsestyresmakter / helsetilsynet. Planen skal så snart det er praktisk mogeleg leggjast fram for kommunestyret for godkjenning, om nødvendig i ekstraordinært møte.

Dersom alvoret i situasjonen krev tiltak som på grunn av tidsnaud ikkje kan vente på kommunestyret si godkjenning, kan iverksetjing av planen starte opp etter godkjenning frå rådmannen. I slike situasjonar skal sentrale helse- eller beredskapsstyresmakter vere førespurt og informert om dei tiltaka som vert sett i verk.

7.6 KVA KOMMUNEN SIN PLAN FOR PANDEMISK INFLUENSA BØR INNEHALDE

Det er her sett opp ei momentliste som skal vere retningsgjevande for kva ein plan for pandemisk influensa bør innehalde. Momentlista tek utgangspunkt i ein mal frå folkehelseinstituttet.

- Myndigheits- og leiingsansvar.
- Kontaktpersonar for samarbeidet med myndigheiter, sjukehus, regionale instansar og evt sivilforsvaret og forsvarets operative leiing (saniteten).
- Varsling, innkalling, møtestad for ekstra personell / arbeidsfordeling, endring
- av vaktplanar m. v.
- Samspel med media.
- Omdisponering av faglege og økonomiske ressursar.
- Oppstilling av alle tilgjengelege personellressursar i kommunen.

- Vurdering av behov for rett til beordring etter helsepersonelloven, også for helsepersonell busett i kommunen og som ikkje arbeider i kommunen
- Oppstilling av tilgjengeleg areal for pasientbehandling
- Oppretting av massemtak /undersøking.
- Frigjerung av plasser ved Osterøytunet sjukeheim.
- Oppretting av sjukestover / lasarett.
- System for kartlegging av personar med spesielle omsorgsbehov (heimebuande eldre, mentalt svekka m. v.).
- Retningsliner for vaksinasjon, samt prioriteringsrekke.
- Retningsliner for behandling og innlegging i sjukehus.
- Informasjon til eige personell og innbyggjarane i samarbeid med fylkeslegen,
- Samspel / kommunikasjonsliner med Statens helsetilsyn, fylkeslege,
- folkehelseinstituttet og spesialisthelsetenesta.
- Psykososial omsorg overfor pasientar / pårørande.
- Psykososial omsorg overfor helsepersonell for tilbakeføring til aktiv teneste.
- Transport, identifisering og oppbevaring av døde.
- Kyrkjelege tenester.
- Forsyning av legemiddel (febernedsetjande, antibiotika, infusjonsvæsker m.v) og vaksinar.
- Forsyning av tilstrekkelege mengder medisinske forbruksmateriell og utstyr.

Andre kommunale beredskapsplanar skal planleggjast for korleis kommunen tek hand om samanbrot av vanlig sivil infrastruktur p.g.a. mange sjuke, ikkje minst blant helsepersonell og i støttefunksjonar som barnehagar, kommunikasjonar m. v.

8 PROGRAM FOR TUBERKULOSEKONTROLL

8.1 INNLEIING - BAKGRUNN

- Forskrifter om tuberkulosekontroll er gjeldande frå 1. januar 2003. Forskrifta erstattar tuberkuloseforskrifta av 20. oktober 1996. Etter forskrifta §2-1 skal alle kommunar ha eit tuberkulosekontrollprogram som skal vere ein del av kommunen sin smittevernplan. Forskrifta stiller minimumskrav til innhaldet i et slikt program.
- Tuberkuloseforskrifta omfattar alle personar som oppheld seg i Noreg. Forskrifta gjeld på kontinentalsokkelen og norske skip/luftfartøy der dei oppheld seg i verda.
- Tuberkulose er ein svært smittsam sjukdom som skuldast tuberkelbasillen
 - *Mycobacterium tuberculosis*. Sjukdomen rammar oftast luftvegane, men kan ramme alle organ i kroppen. Han smittar ikkje berre ved alminneleg kontakt, men også gjennom luftsmitte. For å bli smitta kan det vere nok å opphalde seg ei kort stund i same rom eller transportmiddel som ein smitta person. Tuberkelbasillen er svært hardfør, til dømes overlever han koking.
 - Dei siste åra har det vore stabilt omlag 300 nye årlege tilfelle av tuberkulose i Noreg. På verdbasis har sjukdomen eit aukande omfang spesielt grunna manglande immunitet hos HIV-positive personar og utbreiing av multiresistent TB. Aukande geografisk mobilitet gjer det naudsynt med sterkare målretting av tuberkulosekontrollen mot bestemte grupper. Bcg-vaksinasjon gjev delvis vern mot sjukdomen.
 - Alle påviste tilfelle av tuberkulose i Noreg blir registrert i det sentrale tuberkuloseregister. Behandling av tuberkulose medikamentelt er i dag lokalisert til nokre få regionale behandlingssentra, spesielt for å sikre effektiv medisinerings/kontroll og ikkje minst avgrense utbreiing av multiresistente tuberkulosebasillar.

8.2 HOVUDINNHALDET I NY FORSKRIFT OM TUBERKULOSEKONTROLL:

- Den rutinemessige TB-kontrollen av spesielle yrkesgrupper (som lærarar, personar knytte til barneomsorg, helsepersonell, sjøfolk og militært personell) vert oppheva.
- Plikt for visse personar til å gjennomgå TB-kontroll, jf. pkt. 6.6.
- Dei regionale helseføretak skal utpeika ein tuberkulosekoordinator som skal syte for at alle ledd i TB-kontrollen fungerer.
- Alle kommunar og regionale helseføretak skal ha tuberkuloseprogram.
- Det vert stilt spesifikke krav til kommunar om kva tuberkuloseprogrammet skal innehalde. TB-programmet skal bl.a. innehalde tilbod om vaksinasjon.
- Direkte observert behandling vert innført som prinsipp for behandling av TB.

8.3 DEFINISJONAR

- *Tuberkulosekontroll*: Verksemd som omfattar tuberkuloseundersøkingar, behandling, oppfølging, overvaking av tuberkulose, samt informasjon med sikte på å førebyggje førekomsten og motverke utbreiing av tuberkulose.
- *Tuberkuloseundersøking*: Medisinsk undersøking med fagleg godkjente metodar for å avgjøre om ein person har tuberkulose eller for å følgje utviklinga av tuberkuløs sjukdom hos denne.
- *Direkte observert behandling*: Behandlingsopplegg som går ut på at helsepersonell observerer pasienten sitt inntak av alle doser av tuberkulosemedikament.
- Fleire studium frå inn- og utland slår fast at slik behandling aukar helse, samt reduserer risikoen for resistensutvikling.

8.4 ANSVARFORHOLD

8.4.1 Generelt – kommunen sine oppgåver

I praksis vil tuberkulosekontrollen krevje eit likeverdig samarbeid mellom dei ulike faggruppene, spesielt smittevernlegen og leiande helsesystemer. Kommunen kan også vedta samarbeid om tuberkulosekontroll med andre kommunar. Kommunen er pliktig til å ha personell med kompetanse til å gjennomføre og overvake tuberkulosekontrollen. Kommunen har ansvar for å sjå til at helsepersonell kan få naudsynt opplæring og anledning til å halde vedlike sine kunnskapar (forskrifta kap. 4).

Vidare (etter forskrifta kap. 4) har kommunen plikt til å dekke alle utgifter knytt til gjennomføring av tuberkuloseprogrammet som utførast av kommunehelsetenesta sine ulike ledd. Dette gjeld også utgifter som personar påførast for å oppfylle plikt til å gjennomgå tuberkulinundersøking. Eigen betaling kan ikkje krevjast.

I 2003 ga nasjonalt folkehelseinstitutt ut ein oppdatert rettleiing om kontroll av tuberkulose. Denne rettleiinga skal ligge til grunn for fagpersonellet i Osterøy sin verksemd i tuberkulosearbeidet.

8.4.2 Smittevernlegen sitt ansvar

Smittevernlegen sitt ansvar i tuberkulosearbeidet:

- Ha det faglege overoppsyn for tuberkulosearbeidet i kommunen.
- Sjå tuberkulosekontrollen i samanheng med smittevernarbeidet elles.
- Utarbeide tuberkulosekontrollprogram, og komme med forslag til revisjon/endringar.
- Gje råd til kommunen si administrative og politiske leiing om naudsynte tiltak.
- Vurdere behovet for kompetanseheving hos kommunen sitt helsepersonell.
- Vere eit bindeledd mellom aktuell fastlege/legekantor og helsestasjon/pleie- og omsorgsteneste.
- Oversende resultat av tuberkuloseundersøking og journal til kommunelegen i ny bustadkommune ved flytting av personar.

- Vere bindeledd mellom sentrale/regionale helsestyresmakter og den lokale helsetenesta.
- Ved behov delta på utskrivingsmøte på sjukehus. Eventuelt kan annan lege oppnemnst til å møtet dersom dette er meir hensiktsmessig, til dømes vedkommande sin fastlege.
- Hjelpe regional tuberkulosekoordinator med overvaking av førekomsten av tuberkulose.
- Leie organisering og etablering av naudsynte helsekontrollar etter behov, for eksempel ved utbrot av tuberkulose, mottak av flyktningar m. v.
- Ha ansvar for naudsynt smitteoppsporing ved utbrot eller enkelttilfelle.
- Ta i mot melding frå politiet/lensmannsetaten om nye statsborgarar som pliktar å framstille seg for tuberkulosekontroll, og syte for at helsesyster følgjer opp slik kontroll.
- Saman med sjukehuslege utpeikt av Helse Vest etter SML, fatte vedtak om fritak for tuberkuloseundersøking (før 1/1-03 låg slik vedtakskompetanse til smittevernlegen åleine).
- Halde seg fagleg oppdatert, både medisinsk og juridisk, innan tuberkulosearbeidet. Gjennom helse- og sosialsektoren sine fagleiarmøte og fora elles bidra med naudsynt informasjon og opplæring av tilsette der det er aktuelt. Om naudsynt halde eigne kurs / møter om generelt smittevern eller enkeltpasientar.
- Ved behov, utarbeide faglege prosedyrar, eller godkjenne slike, etter behov eller etter avgjerd i forskrift om tuberkulosekontroll.

8.4.3 Leiande helsesyster sitt ansvar

Leiande helsesyster sitt ansvar i tuberkulosearbeidet:

- Det daglege ansvar for informasjon og vaksinasjon innanfor det ordinære vaksinasjonsprogrammet.
- All gjennomføring av tuberkulintesting (dvs skoleelevar, risikogrupper, på oppdrag av lege / smittevernlege m. v.).
- Utarbeide og revidere skriftlege prosedyrar på vaksinasjon og tuberkulosekontroll (når det måtte vere naudsynt i tillegg til denne smittevernplanen).
- Sikre tilstrekkeleg lager med vaksine og forsvarleg oppbevaring.
- Oppfølging, saman med heimesjukepleie og lege, av person som vert behandla utanfor sjukehus med tuberkulosemedikament.
- Hjelpe smittevernlegen i tuberkulosearbeidet (jf pkt 6.4.2), også med informasjon og smitteoppsporing.
- Halde seg tilstrekkeleg fagleg oppdatert.

8.4.4 Pleie- og omsorgstenesta sitt ansvar

Pleie- og omsorgstenestene har delegert ansvar for den praktiske gjennomføring av direkte observert behandling. Pleie- og omsorgstenestene skal etter behov yte naudsynte tenester elles rundt den tuberkuloseråka.

8.4.5 Anna helsepersonell sitt ansvar – meldeplikt og behandlingsansvar

Ein lege, eller anna helsepersonell, som oppdagar eller får mistanke om tuberkulose, skal same dag gje melding om dette. Melding vert sendt utan omsyn til lovbestemt teieplikt. Det vert nytta skjema for nominativ melding om smittsam sjukdom. Pasienten skal ha informasjon om kven som får meldinga og kva ho skal nyttast til.

Meldinga skal verte sendt smittevernlegen, regional tuberkulosekoordinator og nasjonalt folkehelseinstitutt.

Fastlegane har plikt til, som for sine listepasientar generelt, å hjelpe i diagnostikk, behandling, smitteoppsporing og anna oppfølging av ein person med mistenkt eller påvist tuberkulose.

8.5 RUTINAR FOR DIREKTE OBSERVERT BEHANDLING

- Oppstart av slik behandling skal skje ved sjukehus eller i samråd med sjukehus.
- Ved utskriving av pasient frå sjukehus til heimen/kommunal institusjon vil det frå sjukehuset si side av og til verte arrangert eit møte med den kommunale helsetenesta for å informere om behandlingane og avklare ansvarsforhold.
- Fylgjande skal som hovudregel møte frå kommunen sitt side: smittevernlegen, leiande helsesystem og avdelingsleiar for heimetenestene i aktuelt distrikt. Eventuelt varamenn for desse. Eventuelt kan også pasienten sin fastlege møte.
- Pleie- og omsorgstenestene vil ha et hovudansvar for den praktiske gjennomføring av direkte observert behandling. Slikt ansvar krev delegering frå smittevernlegen i kvart einskilt tilfelle. Der det er formålstenleg og fagleg forsvarleg kan det avtalast andre måtar å gjennomføre direkte observert behandling på.
- Direkte observert behandling kan ikkje delegerast til andre enn helsepersonell (etter definisjonane i helsepersonellova).
- Når det fins smittefare skal ikkje vedkommande person møte ved legekontor/helsestasjon for medikamentutdeling. Som hovudregel skal medisineringskje i pasienten sin heim. For personar utan fast adresse må det lagast individuelle løysingar.
- Gjennomføring av direkte observert behandling krev at alle involverte tilsette har fått naudsynt informasjon og opplæring. Ansvar for dette ligg hos aktuell avdelingsleiar i heimetenestene.
- Det skal i kvart einskilt tilfelle utarbeidast skriftlege prosedyrar og behandlingsskjema. Behandlingane skal gjennomførast i nært samarbeid med behandlande lege, smittevernlege og evt helsesystem.
- Pleie- og omsorgstenestene skal, der det er naudsynt og på delegasjon frå smittevernlegen, ha ansvar for oppbevaring av tuberkulosemedikament til den einskilde.

8.6 ANSVARSFORHOLD FOR PERSONAR MED FASTLEGAR UTANFOR HEIMKOMMUNEN

Det er kommunehelsetenesta i pasienten sin bustadkommune eller opphaldskommune som har hovudansvaret for oppfølging, behandling, smitteoppsporing og direkte behandling av ein person. I slike tilfelle vil det vere svært aktuelt å samarbeide med pasienten sin fastlege og/eller smittevernlegen i den aktuelle kommune.

8.7 PLIKT TIL Å GJENNOMGÅ TUBERKULOSEUNDERSØKING (FRÅ FORSKRIFTA, §3-1)

Følgjande personar har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøking:

- 1) Personar frå land med høg førekomst av tuberkulose som skal opphalde seg i landet i meir enn 3 månader. Undersøkinga omfattar tuberkulintesting og røntgenundersøking av personar fylt 15 år. Plikten gjeld også alle flyktningar som kjem til kommunen via SN sin høgkommissær for flyktningar, sjølv om deira opphavsland har lav førekomst av tuberkulose.
- 2) Nasjonalt folkehelseinstitutt informerar om kva land som kan reknast å ha høg førekomst av tuberkulose. Frå februar 2013 gjeld dette følgjane land:
 - **Europa:** Bosnia-Hercegovina, Grønland, Kosovo, Romania og alle land i det tidligare Sovjetunionen: Armenia, Aserbajdsjan, Estland, Hviterussland, Georgia, Kasakhstan, Kirgisistan, Latvia, Litauen, Moldova, Russland, Tadsjikistan, Turkmenistan, Ukraina og Usbekistan
 - **Amerika:** Belize, Bolivia, Brasil, Den dominikanske republikk, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras og Nicaragua.
 - **Oseania:** Marshalløyane, Guam, Kiribati, Mikronesia, Palau, Papua Ny-Guinea, Salomonøyane, Tuvalu og Vanuatu.
 - **Asia:** Midtausten: Irak og Jemen. Resterande Asia: alle land unntatt Japan, Singapore og Maldivane.
 - **Afrika:** Alle land unntatt Mauritius, Komorane og Seychellane.
- 3) Personar som kjem frå eller har opphalde seg i minst 3 månader i land med høg førekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller komme attende i stilling i helse- og sosialteneste, i lærarstillingar eller i andre stillingar knytt til barneomsorg. Plikta gjeld også personar under opplæring eller hospitering i slike stillingar.
- 4) Andre personar som det er medisinsk mistanke om er eller har vore i risiko for å bli smitta med tuberkulose.
- 5) Forsvaret gir retningsliner for militært personell.

Andre vedtak:

- Ein person med tuberkuløs sjukdom pliktar å ta imot den personlege smittevernrettleging som legen gjev.

- Ein person som sjølv mistenkjer at han/ho kan vere smitta med tuberkulose har plikt til å oppsøkje lege for undersøking.
- Tuberkuloseundersøkinga skal vere utan utgifter for den som har plikt til å gjennomgå slik undersøking. Vedkommande skal få dekkja reiseutgifter.
- Undersøkingar som nemnt over skal gjennomførast snarast mulig. For flyktningar og asylsøkarar er det krav om undersøking innan fjorten dagar etter innreise.
- Arbeidsgivar har ansvar for at personar som nemnt over har gjennomført tuberkuloseundersøking før tiltreding.
- Osterøy kommune skal som arbeidsgivar ha prosedyrar og internkontrollsystem som sikrar at disse undersøkingane blir utført.

8.8 IDENTIFIKASJON AV RISIKOINDIVID / RISIKOGRUPPER

Kommunehelseteneste, spesielt leger, helsesyster, jordmødrer, og tilsette ved Osterøytunet sjukeheim, skal anse følgjande personar eller grupper å vere i risiko, og der vere spesielt oppmerksom på symptom på tuberkulose.

- Personar eller grupper som nemnt under pkt 8.7.
- Personar som er eksponert for personar med mistenkt eller påvist smitteførande tuberkulose.
- Personar med typiske symptom på tuberkulose (hoste over 3 vekers varigheit, oppspytt, feber og vektta). Spesiell merksemd hjå eldre sjukeheimspasientar som ofte er naturleg tuberkulin-positive.
- Sprøytenarkomane, heimlause, AIDS-sjuka og personar med dårleg ernæringstilstand. Hos desse gruppene krevjast spesiell merksemd frå både helseteneste og sosialteneste. Ved utbrot i desse gruppene skal kommunen vurdere å opprette eit lavterskeltilbod, eventuelt etablere et screeningprogram.
- Bistandsarbeidarar som kan vere utsette for smitte sjølv under korte utanlandsopphald.

8.9 DIAGNOSTIKK AV TUBERKULOSEKONTROLL

- Ved mistenkt tuberkulose har den einskilde fastlege ansvar for aktuell diagnostikk og at adekvat utgreiing vert i verk sett. Ved vanskeligheter, for eksempel der pasienten ikkje har fastlege (utlendingar m.v.) eller har fastlege anna stad, skal smittevernlegen syte for at ein av kommunen sine leger gjer dette arbeidet.
- Diagnostikk og oppfølging skal følgje fagleg aksepterte normer (Folkehelseinstituttets rettleiar.
- Dersom lege rekvirerer spytt-prøver plikter høvesvis helsesyster, heimesjukepleie eller sjukeheim å hjelpe til taking, oppbevaring og innsending av slike prøver.
- Ved påvist eller mistenkt tuberkulose skal personen visast til spesialisthelsetenesta; i dei fleste tilfelle vil det vere lungeavdelinga ved Haukeland sjukehus.

8.10 TILTAK VED TILFELLE AV TUBERKULOSE

Ved påvist tilfelle av sjukdom i settast dei tiltak som elles er nemnt i dette tuberkulosekontrollprogrammet ut i livet, samt andre faglege prosedyrar og retningslinjer. Sentralt står smitteoppsporing, informasjon og opplegg for direkte observert behandling. Spesialist i lungemedisin, infeksjonssjukdomar eller pediater (barnelege) har ansvar for igangsetjing av behandling og val av behandlingsregime. Spesialisthelsetenesta har ansvar for å lage ein behandlingsplan i samarbeid med pasienten og smittevernlegen. Oppfølging, kontroll og direkte observert behandling skal skje i samarbeid med kommunehelseteneste. Pasientar med multiresistent tuberkulose skal behandlast på det sjukehuset som er utpeikt av Helse Vest.

8.11 SMITTEOPPSPORING

Ein kvar person med tuberkulose har plikt til å samarbeide med helsetenestene om smittevern og smitteoppsporing. Helsesyster vil ha hovudansvaret for den praktiske gjennomføring av smitteoppsporinga.

Smitteoppsporing vil ha som hovudformål å få oversikt over kven som mest sannsynleg kan ha blitt utsett for smitte, for eksempel arbeidskollegaer, familiemedlemmer, husstandsmedlemmer m. v. Det tas kontakt med dei aktuelle personar, og desse skal verte tilbydd naudsynte medisinske undersøkingar med tanke på smitte.

Helsesyster samarbeider med smittevernlege, fastleger og anna helseteneste etter behov.

8.12 INFORMASJON

Personar med mistenkt eller påvist tuberkulose har krav på informasjon om sjukdomen, samt informasjon om rutinar for vidare utgreiing og behandling.

Ved utbrot (fleire tilfelle) kan det vere aktuelt å informere folkegrupper om sjukdomen, smitte førebyggjande tiltak, symptom på sjukdom, samt tilbod om vaksinasjon. Helsesyster og smittevernlege er ansvarleg for å vurdere behovet for, samt gjennomføre slik informasjon.

8.13 VAKSINASJON

- Vaksinasjon for skulebarn er omtalt under kapittel 4. Alle skulebarn skal få tilbod Bcg-vaksine i 9. klasse. Pr i dag er vaksinasjonsdekninga god.
- Tidlegare tuberkuloseforskrift inneheldt reglar om vaksinasjon for ei rekkje yrkesgrupper. Det er nå lagt opp til at vaksinasjon skal baserast på faglege, individuelle råd.
- Osterøy kommune skal ha tilbod om vaksinasjon til personar eller grupper der det er aktuelt etter ei medisinskfagleg vurdering. Spesielt nemnast grupper omtalt under kapittel 8.7 eller i samband med miljøundersøkingar. Tuberkuloserettleiaren frå folkehelseinstituttet gjev nærare retningsliner for vaksinasjon.
- Personar som ønskjer vaksinasjon, eller der det vert anbefalt, skal som hovudregel få dette utført hjå helsesyster med mindre det finst medisinske kontraindikasjonar.

